

шення показників креатиніну. В осіб старше 60 років також спостерігалась позитивна динаміка, але менша, ніж у молодших. У хворих старше 60 років, які в подальшому померли, показники креатиніну вже з початку були вище, ніж у тих, хто одужав, мали тенденцію до зростання показників і більше на фоні застосування 16 мг дексаметазону (особливо після 9-ї доби). В осіб молодше 60 років, які отримували фторхінолони та дексаметазон, вже в перші три дні після госпіталізації був підвищений рівень глюкози з тенденцією до зниження протягом лікування. Водночас на фоні прийому 16 мг у період із 4-ї по 9-ту добу спостерігались більш значні коливання рівня глюкози. На фоні застосування як 8 мг, так і 16 мг дексаметазону була тенденція до зниження рівня глюкози. У хворих старше 60 років, які отримували антибіотики з включенням фторхінолонів або окремо фторхінолони та 16 мг дексаметазону, у тих, хто одужав, у перші три дні рівень глюкози був більше, ніж у тих, хто помер, та у молодших хворих. У тих, хто одужав, спостерігалась тенденція до зниження рівня, а у тих, хто помер, навпаки, спостерігалась тенденція до збільшення його рівня. Одночасно у хворих старше 60 років, які отримували антибіотики з включенням фторхінолонів або окремо фторхінолони, 8 мг дексаметазону та одужали, спостерігалась незначна тенденція до збільшення рівня глюкози, а у тих, хто помер, навпаки, до його зниження. У хворих молодше 60 років, які, окрім антибіотиків, отримували 8 мг дексаметазону, в перші три дні після госпіталізації був менший рівень СРБ, ніж у хворих старше 60 років, які одужали. В обох групах хворих спостерігалась тенденція на зниження рівня СРБ. Хворі старше 60 років, які в подальшому померли та які отримували 8 мг дексаметазону, вже в перші три дні після госпіталізації мали вищі показники СРБ, ніж у молодших та тих, хто одужав. На фоні лікування 8 мг дексаметазону в осіб старше 60 років, які померли, з 4-ї доби спостерігалось зниження рівня СРБ, але з 9-ї доби — значне його підвищення. На фоні прийому 16 мг дексаметазону в осіб молодше 60 років та які одужали, спостерігалось, навпаки, його швидке зниження до нормальних цифр. Хворі старше 60 років, які отримували фторхінолони і 16 мг дексаметазону та одужали, також у перші три дні мали вищі показники СРБ, ніж молодші хворі, та практично такі ж показники, як і ті, хто помер у віці старше 60 років. У хворих старше 60 років та тих, хто одужав на фоні застосування 16 мг дексаметазону, спостерігалось швидке зниження рівня СРБ, тоді як у тих, хто помер, спостерігалось повільніше його зниження.

**Висновки.** З урахуванням побічної дії ймовірно гормональної терапії до лікування у тяжкохворих слід додавати гепатопротектори; вже з початку проводити контроль рівня глюкози та його корекцію; контроль за функцією нирок та його корекцію. Це стосується в першу чергу осіб старше 60 років. Рівень СРБ змінюється протягом лікування і тільки його динаміка може підказати лікарю про перспективу у хворого та необхідність своєчасної корекції лікування. Необхідно провести дослідження стосовно патогенезу ураження критичних органів (легень, нирок, серця, підшлункової залози) та їх корекцію.

Усачова О.В.<sup>1</sup>, Сіліна Є.А.<sup>1</sup>,  
Пахольчук Т.М.<sup>1</sup>, Конакова О.В.<sup>1</sup>,  
Дралова О.А.<sup>1</sup>, Курочкіна Т.І.<sup>2</sup>,  
Денисенко І.Г.<sup>2</sup>, Шевченко Р.Л.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Запорізький державний медичний університет,  
м. Запоріжжя, Україна

<sup>2</sup> КНП «Міська дитяча лікарня № 5» ЗМР,  
м. Запоріжжя, Україна

### Труднощі добору специфічної терапії при тяжких формах вродженої цитомегаловірусної інфекції: погляд крізь час

На сьогодні відзначається підвищення захворюваності на цитомегаловірусну інфекцію (ЦМВІ) у всіх країнах світу. За даними ВООЗ, останніми роками частота вродженої ЦМВІ серед новонароджених варіює від 0,3 % до 3,0 % в різних країнах, а кількість летальних випадків досягла 19,9 на 1000 зареєстрованих випадків ЦМВІ.

**Мета:** продемонструвати ефективність ганцикловіру при внутрішньоутробній цитомегаловірусній інфекції через наведення двох випадків лікування вродженої ЦМВІ (ВЦМВІ) ацикловіром і ганцикловіром та ілюстрацією їх наслідків.

**Матеріали та методи.** Подано результати ретроспективного аналізу ефективності лікування ВЦМВІ у двох новонароджених на підставі клініко-лабораторних даних, отриманих у динаміці спостереження та в катамнезі глибиною 2 роки.

**Результати та обговорення.** Наводимо два клінічні випадки тяжкої форми ВЦМВІ у дітей, які були проліковані у 2011 та 2019 роках, коли різнились підходи до протицитомегаловірусної терапії: від ацикловіру до ганцикловіру. В 2011 р. у дитини, яка мала недоношеність, поліорганність ураження (легенів, печінки, селезінки, підшлункової залози, очей (хореоретиніт), ЦНС (судомний синдром в анамнезі, стріалентікулярна мінералізуюча ангіопатія, перивентрикулярні псевдокісти з двох боків)), торпідність та хвилеподібність перебігу хвороби і позитивний результат визначення ДНК цитомегаловірусу в крові, сечі та лікворі, а також позитивні до ЦМВ ІgM, як етіотропний препарат було використано лише специфічний внутрішньовенний протицитомегаловірусний імуноглобулін та ацикловір внутрішньовенно з огляду на відсутність доказової бази щодо безпечності використання специфічного антиЦМВІ-препарату ганцикловір. Але лікування без використання саме цього препарату виявилось неповністю ефективним: в катамнезі у 2-річному віці дитина має грубе порушення слуху та зору і глибоку інвалідизацію внаслідок резидуальних явищ з боку ЦНС. Інший випадок відбувся у 2019 році. Відомо, що з моменту народження стан дитини розцінений як тяжкий через геморагічний синдром на тлі тромбоцитопенії, респіраторних порушень, неврологічної симптоматики. З огляду на отримання позитивного результату ПЛР на ЦМВ у крові та сечі дитини за життєвими показаннями був призначений ганцикловір з розрахунку 6 мг/кг кожні 12 годин внутрішньовенно під

контролем показника абсолютної кількості нейтрофілів та кліренсу креатиніну. Кілька разів під час лікування виникала необхідність корегувати дозу препарату; так, у зв'язку зі зниженням кліренсу креатиніну на 10-ту добу терапії було зменшено дозу ганцикловіру до 1,25 мг/кг кожні 12 годин. Слід зазначити, що позитивну динаміку на фоні специфічної терапії ми отримали вже на другому тижні лікування, проте лише на 40-ву добу лікування дитини ганцикловіром було отримано негативну ПЛР крові на ЦМВ. Дитина виписана на 70-й день лікування без резидуальних явищ з боку ЦНС. Утім, в 9 місяців було засвідчено зниження слуху на ліве вухо — приглухуватість 2–3-го ступеня. Проте, з огляду на сторожу батьків, успішно та вчасно проведено протезування, і слух відновлений повністю. В перший рік життя: дитина сидить, перевертається, повзає; адекватно реагує на оточуючих; фіксує погляд на предметах, стежить за предметами.

**Висновки.** Наведені два випадки наочно демонструють, як змінювалися підходи до специфічної терапії вродженої цитомегаловірусної хвороби від значної перестороги щодо побічної дії ганцикловіру до визнання необхідності використання строго специфічної терапії ганцикловіром з урахуванням співвідношення користь/побічна дія. Також продемонстрована різниця результатів захворювання — від тяжкої інвалідності при відмові від ганцикловіру до повної реабілітації при його використанні, що вказує на доцільність строго специфічного лікування ВЦМВІ.

*Чумаченко Т.О., Райлян М.В., Макарова В.І.  
Харківський національний медичний університет,  
м. Харків, Україна*

### **Гігієна рук медичних працівників: чи вирішена проблема в Україні?**

Суттєвою рисою сучасної пандемії COVID-19 є висока захворюваність медичних працівників, виникнення внутрішньолікарняних спалахів гострої респіраторної коронавірусної хвороби, що свідчить про порушення правил інфекційного контролю та профілактики (ІКП) інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги (ІПМД). За даними експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (2015) у країнах з низьким та середнім рівнем доходів 10–15 % пацієнтів страждають від ІПМД, у розвинутих країнах таких пацієнтів 5–10 %. Глобальна смертність дорівнює 16 млн смертей від ІПМД щорічно. ІПМД пов'язані зі значним підвищенням випадків захворювання, смерті пацієнтів, інвалідності, витрат для суспільства. Спостерігається міцний зв'язок ІПМД з антимікробною резистентністю збудників.

Центральне місце в попередженні ІПМД належить гігієнічній обробці рук. Це найбільш простий і дешевий захід збереження життя та здоров'я як пацієнтів, так і медичного персоналу при здійсненні лікувально-діагностичного процесу. Однак, як наведено в керівництві ВООЗ, результати досліджень (1981–1999) виявили, що в середньому тільки в 37,8 % випадків, коли потрібно здійснювати гігієнічну обробку рук, медичні робітники виконують цю процедуру.

Нами проведено дослідження стану вирішення проблеми гігієни рук медичних працівників у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) України.

**Матеріали та методи.** Вивчено нормативні документи України та інших країн Європи, що регламентують гігієнічну обробку рук, та крос-секційні епідеміологічні дослідження, що включали огляди ЗОЗ, проведено анонімне опитування медичних працівників щодо знань, прихильності та практики гігієнічної обробки рук з використанням розробленої анкети, перевірку на практиці якості обробки рук за допомогою *Derma Lite Check*. Дослідження проводилось у травні — вересні 2021 року.

**Результати.** Аналіз нормативної документації показав, що в Україні розроблений і впроваджений наказ МОЗ України № 798 від 21.09.2010 р. «Про затвердження методичних рекомендацій «Хірургічна та гігієнічна обробка рук медичного персоналу», зміст якого відповідає рекомендаціям ВООЗ і змісту відповідних документів країн Європи. В документі визначено основні дефініції та вимоги до необхідного оснащення для забезпечення гігієнічної та хірургічної обробки рук медичного персоналу, наведено чіткі алгоритми техніки виконання процедур, коли і як їх потрібно виконувати. Також приділена увага необхідності догляду за руками як на робочому місці, так і вдома. Тобто і керівництвом ЗОЗ, і медичні працівники мають нормативне підґрунтя щодо створення умов для правильної обробки рук при роботі в ЗОЗ та дотримання цих правил. Однак огляд відділень ЗОЗ виявив недостатню матеріально-технічну базу для виконання процедур гігієни рук, часто спостерігалась відсутність антисептиків у місцях проведення інвазивних утручань, брак паперових рушників, рідкого мила, крему для догляду за руками, емкостей для використаних засобів тощо. Медичні працівники не дотримувались дрес-коду (мали довгі рукава одягу, носили кофти поверх медичних халатів, обручки, годинники, браслети, мали довгі нігті, покриті лаком, та ін.), що створювало перепони на шляху якісної обробки рук. В опитуванні брали участь 267 медичних працівників, з них 224 (83,9 %) жінок. Розуміють, що таке гігієнічна обробка рук, і знають правильний алгоритм її виконання лише 33 % опитаних; з яких етапів складається хірургічна обробка рук, обізнані тільки 38 % медичних працівників; не знають переваг використання спиртових антисептиків 44 % респондентів; в яких випадках медичні працівники являють найбільший ризик для пацієнтів, не усвідомлюють 27 % медичних працівників. Знають, яким чином можна знизити вірогідність контактної дерматиту, тільки 18 % опитаних; 39 % респондентів не знають, коли потрібно виконувати гігієнічну антисептику рук; 21 % опитаних не розуміють, коли потрібно проводити звичайне миття рук; не знають переваг гігієнічної антисептики порівняно зі звичайним миттям 70 % респондентів. Слід звернути увагу на те, що 31 % опитаних не знають, що пересування медичних працівників у рукавичках по відділеннях стаціонару не допускається взагалі; 72 % респондентів не знають, яких помилок припускаються при використанні рукавичок. Основною причиною, що заважає медичним працівникам регулярно дотримуватись правил гігієни рук, респонденти вважають виникнення подразнення та су-